

**MANUAL
DEL ESTÁNDAR GENERAL DE
ACREDITACIÓN PARA
PRESTADORES INSTITUCIONALES
DE ATENCIÓN ABIERTA**

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales

INDICE

I. Contenidos y Estructura del Manual.....	3
1. Consideraciones generales:.....	3
2. Sobre el Informe de Autoevaluación:.....	3
3. Concepto de ámbito, componentes, características y verificadores.....	3
II. Instrucciones y Criterios para las Entidades Acreditadoras.....	4
III. Reglas de Decisión.....	6
IV. Ámbitos, Componentes y Características para Prestadores Institucionales de Atención Abierta.....	9
1. ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP).....	10
2. ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL).....	12
3. ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GC).....	13
4. ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC).....	15
5. ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH).....	16
6. ÁMBITO REGISTROS (REG).....	18
7. ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ).....	19
8. ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS).....	20

ANEXOS :

Ámbito de Servicios de Apoyo.....	Anexo 1
Glosario y Abreviaturas utilizadas.....	Anexo 2
Pauta de Cotejo.....	Anexo 3

I. Contenidos y Estructura del Manual

1. Consideraciones generales:

El Estándar General para los Prestadores Institucionales de Atención Abierta, cuyos contenidos normativos se encuentran en este Manual, desagrega sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores. La forma en que han sido trabajados tales contenidos permite facilitar la comprensión de los objetivos que en cada caso persigue la evaluación.

Los ámbitos a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

- Respeto a la dignidad del paciente
- Gestión de la calidad
- Gestión clínica.
- Acceso, oportunidad y continuidad de la atención
- Competencias del recurso humano
- Registros
- Seguridad del equipamiento
- Seguridad de las instalaciones
- Servicios de apoyo.

El Anexo 1, sobre el Ámbito de Servicios de Apoyo, el Anexo 2, sobre Glosario y Abreviaturas, y, el Anexo 3, sobre Pauta de Cotejo, deben entenderse, para todos los efectos, como parte integrante de los contenidos del presente Manual.

2. Sobre el Informe de Autoevaluación:

La Intendencia de Prestadores instruirá respecto del o los formatos y contenidos mínimos que deberán cumplir los Informes de Autoevaluación a ser ejecutados por los prestadores institucionales que soliciten someterse al procedimiento de acreditación en virtud del presente Manual.

3. Concepto de ámbito, componentes, características y verificadores.

El **ámbito** contiene en su definición los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad. A modo de ejemplo en el Ámbito 1, Respeto a la dignidad del trato al paciente, el objetivo es que *“la institución provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga”*.

Los **componentes** constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito. En el ejemplo del Ámbito 1, los componentes son 5:

- *El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.*
- *Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos y se les solicita su consentimiento previo a su ejecución.*
- *Respecto de los pacientes que participan en investigaciones desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.*
- *La institución cautela que las actividades docentes de pregrado no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.*
- *El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.*

Las **características** desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación. Son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar. Siguiendo con el ejemplo, el componente “*El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno*” se descompone en las siguientes características:

- *Existe un documento de derechos explícitos.*
- *El prestador utiliza un sistema de gestión de reclamos.*
- *Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes.*

Los **verificadores** son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica. La evaluación de detalle del prestador se expresará en una tabla de trabajo de campo en la que se valorarán los elementos medibles requeridos en determinados puntos de constatación.

II. Instrucciones y Criterios para las Entidades Acreditadoras

1. Instrucciones generales

La determinación del cumplimiento de una característica se basa en la verificación de los elementos medibles durante la visita a terreno. Esta demostración puede realizarse a través de revisión de documentos o mediante la observación de procesos en terreno, según esté establecido en este Manual. No son aceptables como evidencia las descripciones verbales, declaraciones de cumplimiento u otros fundamentos no comprobables.

La evaluación considera tanto una medición contemporánea, es decir al momento de la evaluación, como retrospectiva¹. El **alcance retrospectivo** de las mediciones abarcará el período de 6 meses anteriores al proceso de evaluación de la respectiva acreditación.. Una vez acreditado el prestador, el alcance retrospectivo en el siguiente proceso de acreditación será de tres años.

¹ Requiere contar con la permanencia de los elementos medibles por todo el periodo de tiempo evaluado en la acreditación.

Para el caso de la compra de prestaciones a terceros, la verificación considerará el hecho que estos servicios estén acreditados al momento de la evaluación, sin considerar el componente retrospectivo. Excepcionalmente, y hasta la entrada en vigencia de la Garantía de Calidad, esta exigencia de acreditación se considerará cumplida si dicha compra de servicios es realizada a un prestador debidamente formalizado por la autoridad sanitaria pertinente, mediante la correspondiente autorización sanitaria.

La fijación del alcance retrospectivo tiene como sentido garantizar que una cierta norma o procedimiento se ha venido aplicando y evaluando desde un cierto tiempo anterior en la institución.

2. Interpretación de las normas contenidas en este Manual

Las Entidades Acreditadoras y cada uno de sus evaluadores, así como los representantes legales de los prestadores sometidos a un proceso de acreditación, podrán solicitar, en cualquier momento, a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, la aclaración de cualquier norma del Manual que a su juicio requiera de una interpretación para su debida aplicación a un determinado proceso de acreditación. Las Entidades Acreditadoras deberán proceder de esta manera cuando tengan dudas acerca de la forma de interpretar las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas del presente Manual, cada vez que ello resulte decisivo para la adopción de sus decisiones.

Asimismo, la Intendencia de Prestadores podrá, mediante circulares de general aplicación, determinar el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas de este Manual, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos y la claridad de los criterios evaluativos. Tales pronunciamientos y circulares serán de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras, desde que se les notifiquen, y será de su responsabilidad hacer que sus evaluadores los cumplan, lo que será fiscalizado de conformidad a sus facultades legales y reglamentarias.

III. Reglas de Decisión

Las Entidades Acreditadoras, una vez concluida la evaluación de todas las características aplicables al prestador institucional de que se trate y habiendo determinado el cumplimiento o incumplimiento de las características evaluadas, procederá a decidir si otorga o deniega la acreditación respectiva, o si otorga dicha acreditación con observaciones, de conformidad con las normas del reglamento respectivo y siguiendo las siguientes reglas de decisión:

1. Características Obligatorias: Para obtener su acreditación por el presente Estándar, el prestador evaluado deberá haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento a las siguientes características, siempre que le fueren aplicables, según las siguientes reglas:

Ámbito	Característica	Denominación
Respeto a la dignidad del paciente	DP 1.1	Instrumento de difusión de derechos de los pacientes
	DP 4.1	Regulación de actividades docentes de pre grado
Gestión de la calidad	CAL 1.1	Programa de mejoría continua de la calidad a nivel institucional
Gestión clínica	GCL 1.2	Sistema de selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria
	GCL 1.4	Uso de anticoagulantes orales
	GCL 1.8	Procedimientos de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias
Acceso. oportunidad y continuidad de la atención	AOC 1.1	Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia
	AOC 2.1	Sistema de derivación de pacientes
Competencias del recurso humano	RRHH 1.1	Certificados de título de médicos y cirujanos dentistas con funciones permanentes o transitorias
	RRHH 1.2	Certificados de títulos de técnicos y profesionales de la salud con funciones permanentes o transitorias
Registros	REG 1.1	Sistema de ficha clínica
Seguridad del equipamiento	EQ 2.1	Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.

2. Una vez constatado el debido cumplimiento de las características obligatorias antes señaladas, la Entidad Acreditadora observará las siguientes reglas:

- a. Declarará cuál fue el total de características aplicables a la evaluación efectuada;
- b. Declarará si se han cumplido todas las características de obligatorio cumplimiento que hayan sido aplicables al prestador evaluado.

- c. Acto seguido, cuantificará cuál fue el total de características cumplidas y qué porcentaje del total antes señalado éstas representan;
3. Si cualesquiera de las características obligatorias señaladas en el acápite 1. precedente no fuere cumplida debidamente, la Entidad Acreditadora denegará la acreditación, sin perjuicio de concluir completa y debidamente el Informe del respectivo proceso de acreditación.
4. Si se han cumplido todas las características de obligatorio cumplimiento, la Entidad Acreditadora otorgará o denegará la Acreditación, o la concederá con Observaciones, siempre que, en este último caso, se hubieren cumplido con las formalidades y normas previstas en el reglamento, según las siguientes reglas:
 - a. Si el prestador institucional aspirare a su primera acreditación, se le exigirá:
 - i. Para acreditar: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
 - ii. Para acreditar con observaciones: haber cumplido todas las características obligatorias según las reglas precedentes.
 - b. Si el prestador hubiere sido previamente acreditado por el umbral señalado en la letra a.i.) y aspirare a una segunda acreditación, se le exigirá:
 - i. Para acreditar: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
 - ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.
 - c. Si el prestador hubiere sido precedentemente acreditado por haber cumplido el umbral señalado en la letra b.i.) precedente y aspirare a una tercera acreditación, se le exigirá:
 - i. Para acreditar: el cumplimiento del 95% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
 - ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.
6. El Informe de la Entidad Acreditadora, además de cumplir todos los requisitos señalados en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, según el caso, detallará y fundamentará la forma en que se han dado por cumplidas cada una de las características y la forma en que se ha dado cumplimiento a las reglas decisión precedentes. La Intendencia de Prestadores, mediante circulares de general aplicación, establecerá el formato

obligatorio en que tales informes deberán ser emitidos por las Entidades Acreditadoras.

7. En el caso que el prestador se encuentra en situación de ser acreditado con observaciones, según lo previsto en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación, la Entidad Acreditadora aprobará o rechazará el Plan de Corrección a que se refiere dicha norma, siempre que dicho Plan priorice el cumplimiento de las características que le faltaren para retener su acreditación en el orden que señalen las circulares que la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud hubiere dictado al efecto y que se encontraren vigentes al momento de tomar conocimiento del informe de la Entidad Acreditadora, normativa que la Entidad señalará en su informe.

IV. Ámbitos, Componentes y Características para Prestadores Institucionales de Atención Abierta.

1ª AMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

2ª AMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

3ª AMBITO: GESTIÓN CLINICA (GC)

4ª AMBITO: ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

5ª AMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

6ª AMBITO: REGISTROS (REG)

7ª AMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

8ª AMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

1. ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.

Componente DP-1 El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.

Características:

DP 1.1 Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes y que es informada por medios constatables a los pacientes que se atienden en el establecimiento.

DP- 1.2 El prestador institucional desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos.

DP 1.3 Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, incluyendo mediciones de la percepción de los pacientes y demás usuarios.

Componente DP-2 Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución.

Característica:

DP-2.1 Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.

Componente

DP-3 Respecto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.

Característica:

DP-3.1 Las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución, han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité de ética.

Componente

DP-4 El prestador institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.

Características:

DP-4.1 Las actividades docentes de pregrado se regulan mediante convenios docente asistenciales y un marco reglamentario suficiente que vela por proteger la seguridad de los pacientes, el respeto a los derechos y demás condiciones de trato digno al usuario definidas por la institución, explicitando la precedencia de la actividad asistencial sobre la docente.

DP-4.2 Las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pregrado dentro de la institución están definidas y son evaluadas periódicamente con la finalidad de proteger la seguridad de los pacientes y velar por el efectivo respeto a sus derechos.

Componente

DP-5 El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.

Características:

DP- 5.1 El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de ética donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.

2. ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes.

Componente

CAL-1 El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejoría continua de la calidad.

Característica:

CAL-1.1 Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

3. ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GC)

El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.

Componente GCL -1

GCL-1 El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.

Características:

GCL-1.1 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación preanestésica.

GCL-1.2 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria.

GCL-1.3 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería.

GCL-1.4 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Uso de anticoagulantes orales.

GCL-1.5 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.

GCL-1.6 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión.

GCL-1.7 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Decisiones de tratamiento oncológico.

GCL-1.8 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.

GCL-1.9 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente.

Componente GCL -2

GCL -2 El prestador institucional cuenta con programas para vigilar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los pacientes

Características:

GCL-2.1 Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a cirugía mayor ambulatoria.

GCL-2.2 Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención²

Componente GCL-3

GCL-3 El prestador institucional aplica medidas de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias (IIH) de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL.

Características:

GCL-3.1 El prestador institucional cuenta con una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de prevención, vigilancia y control de las IIH

GCL-3.2 Se realizan actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Prevención y Control de las IIH.

² Ejemplos de EA a vigilar: EA asociados a la anestesia, EA asociados a la cirugía, caídas con lesión, muertes inesperadas, extravío de biopsias, etc.

4. ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo³.

Componentes:

AOC-1 La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los pacientes.

Características:

AOC-1.1 Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución.

AOC-1.2 Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.

Componente

AOC-2 El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.

Características:

AOC-2.1 El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan urgencias que exceden su capacidad de resolución.

³ Para estos efectos, se consideran como factores de riesgo los que se asocian a aumento de la morbilidad o mortalidad.

5. ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.

Componente RH-1 Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Características:

RH-1.1 Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.

RH-1.2 Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.

RH-1.3 Los médicos y odontólogos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.

Componente RH-2

El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa a la institución adquiera conocimientos generales y específicos acerca del funcionamiento y normas locales, con énfasis en materias que afectan la seguridad de los pacientes.

Características:

RH-2.1 El prestador institucional cuenta con programas de inducción que enfatizan temas relacionados con la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución.

RH-2.2 El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad.

Componente RH-3 El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal que participa en atención directa de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.

Características:

RH-3.1 El prestador institucional incluye en su programa la capacitación en reanimación cardiopulmonar, destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.

Componente RH-4 El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal.

Característica:

RH- 4.1 El prestador institucional ejecuta un programa de control de riesgos a exposiciones.

RH- 4.2 El prestador institucional ejecuta acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.

6. ÁMBITO REGISTROS (REG)

El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes

Componente REG-1 El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

Características:

REG-1.1 El prestador institucional cuenta con ficha clínica única.

REG-1.2: El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos.

REG-1.3 El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.

REG-1.4 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente.

7. ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.

Componente

EQ-1 Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por mantener la calidad de éstos.

Característica:

EQ-1.1 El procedimiento establecido para la adquisición del equipamiento incluye la definición de sus responsables y considera la participación de los profesionales usuarios.

EQ-1.2 El prestador institucional conoce la vida útil y las necesidades de reposición del equipamiento crítico para la seguridad de los usuarios.

Componente

EQ-2 Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo.

Características:

EQ-2.1 Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.

EQ-2.2 Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las Unidades de Apoyo

Componente

EQ-3 Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes son utilizados por personas autorizadas para su operación.

Características:

EQ-3.1 Los equipos clínicos relevantes son utilizados por personas autorizadas para su operación.

8. ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

Componente INS-1

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica:

INS-1.1 El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.

Componente INS-2

El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permitan la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.

Características:

INS-2.1 Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros.

INS-2.2 El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.

Componente INS-3 Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de plan de contingencia por interrupción de servicios básicos.

Características:

INS-3.1 El prestador institucional ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad de pacientes y público.

INS-3.2 El prestador institucional ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.